DISSERTATION

N° 141.

SUR LA

RÉTRACTION PERMANENTE DES DOIGTS,

AYANT POUR CAUSE

LA RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE;

THÈSE

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 31 juillet 1832, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

PAR JOSEPH LEMOINE MAUDET, d'Antoigné,

Département de Maine-et-Loire.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n°. 13.

1832.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, Doyen.	Messieurs
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	PELLETAN, Suppléant.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacologie	DEYEUX, Examinateur.
Hygiène	DES GENETTES.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / JULES CLOQUET.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. / ANDRAL.
Pathologie et thérapeutique médicales	BROUSSAIS, Examinateur.
Opérations et appareils	RICHERAND.
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT.
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. / BOUILLAUD. / CHOMEL.
Clinique chirurgicale	BOYER, Examinateur. / DUBOIS, Président. / DUPUYTREN. / ROUX.
Clinique d'accouchemens	

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, LALLEMENT.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque, Examinateur.	Gerdy.
Bayle.	Gibert.
Blandin.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc.
Briquet.	Martin Solon.
Brongniart, Examinateur.	Piorry.
Cottereau.	Rochoux.
Devergie.	Sandras.
Dubled.	Trousseau.
Dubois.	Velpeau, Suppléant.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

ET

A MA MÈRE.

Témoignage d'une vive reconnaissance.

A MES FRÈRES.

Amitié la plus sincère.

J. LEMOINE MAUDET.

DISSERTATION

SUR LA

RÉTRACTION PERMANENTE DES DOIGTS,

AYANT POUR CAUSE

LA RÉTRACTION DE L'APONÉVROSE PALMAIRE.

Description de l'aponévrose palmaire.

Avant de parler de la maladie qui doit faire le sujet de ma thèse, j'ai pensé qu'il ne serait pas inutile de dire quelques mots de l'aponévrose palmaire.

Cette aponévrose résulte en partie de l'épanouissement du tendon du palmaire grêle et du prolongement du ligament antérieur du carpe. D'abord extrêmement forte à sa naissance, elle s'amincit graduellement en avançant, de manière à donner naissance, vers son bord inférieur, à quatre languettes fibreuses qui se dirigent vers l'extrémité inférieure des quatre derniers os métacarpiens; là chacune d'elles se bifurque pour le passage des tendons des fléchisseurs, et chacune des

branches de cette bifurcation vient se fixer sur les côtés de la phalange.

Lorsqu'on dissèque la peau et l'aponévrose, on éprouve une certaine difficulté à les séparer, à cause du tissu cellulaire et des prolongemens fibreux qui naissent de l'aponévrose.

Usages.

Elle maintient les tendons des muscles fléchisseurs; elle empêche la concavité antérieure de s'effacer, et protége les différentes parties de la main.

On lui donne aussi pour usage de tendre sans cesse à ramener les doigts à la demi-flexion, qui est leur état de repos, et c'est l'exagération de cette fonction, produite par une maladie, qui détermine la rétraction des doigts dans le cas de rétraction qui nous occupe.

Cette rétraction a été attribuée à une foule d'affections :

1°. A un épaississement et à un raccourcissement de la peau ;

2°. A une affection spasmodique des muscles fléchisseurs ;

3°. A une maladie du tendon des fléchisseurs (cette opinion a été le plus généralement admise) ;

4°. A l'inflammation des coulisses de fléchisseurs, suivies d'adhérence de ces coulisses aux tendons ;

5°. A une disposition des articulations et des ligamens des doigts ;

6°. A une affection rhumatismale, goutteuse ;

7°. A une cause morbifique qui se serait métastasée.

Différens moyens ont été tentés pour remédier à la rétraction des doigts, et tous ces moyens ont été tentés inutilement dans le cas de rétraction de l'aponévrose palmaire.

M. *Boyer*, dans son admirable ouvrage de chirurgie, regarde cette maladie comme incurable.

« Les doigts, et particulièrement les trois derniers, dit-il, sont « sujets à une flexion permanente involontaire, à laquelle on a donné « le nom de *crispatura tendinum*. Cet état est souvent une infirmité

« de la vieillesse ; on le voit quelquefois chez les adultes, jamais chez « les jeunes sujets. Les doigts fléchissent peu à peu et perdent la fa- « culté de s'étendre à volonté. Les tendons des muscles fléchisseurs « soulèvent la peau, qui se fronce en travers, s'épaissit, s'endurcit « et devient adhérente. Les doigts résistent tellement aux efforts que « l'on fait pour les étendre, qu'on les romprait plutôt que de les faire « céder. La maladie commence ordinairement par le petit doigt ; elle « gagne bientôt l'annulaire, et quelquefois le doigt du milieu : mais, « quoique je l'aie observée un grand nombre de fois, je ne l'ai jamais « vue s'étendre au doigt indicateur et au pouce. La nature de cette « affection n'est pas connue ; toutefois, en considérant attentivement « ses phénomènes et la manière lente et graduée dont elle se forme, « on est porté à croire qu'elle dépend moins de la contraction spas- « modique des muscles fléchisseurs que d'une espèce de desséche- « ment, d'endurcissement et de rigidité du tendon et de la peau. « Quoi qu'il en soit, on pourrait peut-être arrêter les progrès du « mal dans son principe en plaçant sur la face dorsale du doigt une « petite attelle fixée avec une bande, en plaçant des émolliens, des « relâchans sur la paume de la main : mais, comme la flexion des « doigts s'opère d'une manière lente et graduée, et que le malade n'é- « prouve aucune douleur, il y fait peu d'attention d'abord ; ce n'est « que lorsqu'elle est parvenue à un degré considérable qu'il s'en in- « quiète, et qu'il réclame les soins de la chirurgie ; mais alors le mal « est sans remède. On a conseillé de mettre à découvert le tendon, « de le couper en travers, d'en retrancher même une portion, d'é- « tendre le doigt et de le tenir allongé au moyen d'une attelle : mais « le succès d'une telle opération est trop incertain ; elle n'a probable- « ment jamais été pratiquée, et un chirurgien prudent devra tou- « jours s'en abstenir. »

Dans cette description de M. *Boyer*, je vois tous les symptômes que présente la rétraction des doigts par suite de la rétraction de l'aponévrose palmaire, et non la rétraction produite par la rigidité du tendon. La section du tendon doit donc être rejetée ; elle serait, en effet,

en pure perte, et pourrait être très-nuisible. M. *Dupuytren* a vu pratiquer cette opération chez deux malades : chez le premier se sont développés des accidens qui ont compromis les jours du malade ; chez le second, moins malheureux, aucune complication n'est venue se joindre à l'opération : mais chez l'un et chez l'autre pas de guérison.

Cette maladie ayant été long-temps méconnue, les moyens de traitement n'ont pu être appliqués avec succès. M. *Dupuytren*, ayant trouvé dans l'anatomie pathologique la véritable cause de cette affection, a conseillé une opération qui me semble le seul moyen applicable à cette maladie.

Causes.

Cette maladie est fréquente chez les vieillards habitués à des travaux pénibles, plus rare chez les adultes, extrêmement rare dans le jeune âge ; on l'observe le plus ordinairement chez les individus obligés de prendre un point d'appui dans la paume de la main, et habitués à un exercice violent de cette partie. Un cas s'est présenté à l'Hôtel-Dieu chez un cocher de fiacre, âgé de quarante-deux ans ; cet homme était cocher depuis vingt ans. L'observation d'un autre cas a été lue à la clinique du même hôpital, chez un homme habitué à percer des barriques avec un poinçon ; une autre a été observée par M. *Dupuytren*, chez un homme de cabinet spécialement occupé à cacheter les dépêches. Les maçons, les charpentiers, les menuisiers, les laboureurs, sont sujets à cette rétraction. Cependant il semble qu'elle puisse être congénitale ; en effet, un jeune homme se présenta à la clinique de l'Hôtel-Dieu, avec une rétraction des doigts, ressemblant en tout à la rétraction produite par le retrait de l'aponévrose, et cette maladie datait, disait-il, de sa naissance.

Symptômes.

Le plus ordinairement, les premiers symptômes se manifestent sur le doigt annulaire. Au début, le doigt s'étend avec difficulté après un temps plus ou moins long, quelques mois, quelques années; le doigt se rétracte d'une manière sensible ; l'altération porte d'abord sur la première phalange; les doigts voisins, et particulièrement le petit doigt, suivent le mouvement; l'index très-rarement suit la rétraction des autres doigts. A mesure que la maladie fait des progrès, l'annulaire (si la maladie a débuté par ce doigt) se retire de plus en plus. C'est à cette époque que les doigts voisins présentent une flexion marquée ; cet état peut être porté au point que les doigts viennent s'appuyer sur la face palmaire de la main. La première phalange est fléchie sur l'os métacarpien correspondant, et la seconde sur la première. La peau qui avoisine l'articulation métacarpo-phalangienne se plisse, forme des cercles concentriques dont la cavité regarde le doigt. (Ce froncement, ce plissement de la peau s'explique par l'adhérence qu'elle contracte avec l'aponévrose.) Le tendon du muscle fléchisseur fait une légère saillie sous la peau. Sur les parties latérales de l'articulation du doigt avec le métacarpe, on sent une corde tendue, résistante, qui se perd dans la paume ; la tension de cette corde augmente en raison de l'effort que l'on fait pour étendre le doigt. Lorsque la flexion n'est pas portée très-loin, on peut s'assurer que la flexion est possible. L'articulation, dans ce cas de rétraction, n'est donc pas malade, du moins peut ne pas l'être; car il pourrait se joindre à la rétraction de l'aponévrose une maladie de l'articulation : d'ailleurs on peut, avec un examen attentif, reconnaître dans quel état est l'articulation, si ce n'est toujours, du moins dans le plus grand nombre des cas.

Caractères différentiels.

Beaucoup de causes peuvent donner lieu à la rétraction des doigts; nous allons successivement les passer en revue.

L'ankylose pourrait, jusqu'à un certain point, simuler la maladie dont nous venons de décrire les symptômes ; mais dans le cas d'ankylose, l'articulation est immobile dans tous les sens; les deux phalanges sont réunies de manière à ne former qu'une seule pièce; on ne sent plus cette corde résistante placée sur les parties latérales de l'articulation métacarpo-phalangienne. Si l'ankylose existait à l'articulation de la première phalange avec la seconde, et qu'on pût fléchir et étendre la première sur la main, l'erreur serait impossible.

Lorsque, après la chute d'une escharre au doigt, on rapproche les bords de la plaie, il se forme des brides, des adhérences qui mettent obstacle aux mouvemens, et produisent des rétractions des doigts ; mais dans ce cas la peau sera altérée, les circonstances commémoratives données par le malade jetteront de la lumière sur le diagnostic ; dans ce cas encore, il n'y a pas cette corde tendue située sur les parties latérales de l'articulation et qui s'étend vers la main.

Dans les cas de panaris, on a quelquefois trop largement ouvert la gaîne qui enveloppe le tendon des fléchisseurs ; le tendon alors fait saillie, n'étant plus soutenu par sa gaîne restée trop largement ouverte ; dans ce cas, on pourra étendre le doigt, et cette saillie du prolongement de l'aponévrose palmaire ne se sentira pas.

La section de l'extenseur d'un doigt peut en causer la flexion permanente, lorsque, après la division, les deux extrémités du tendon ne se sont pas réunies. Le fléchisseur, n'ayant pas d'antagoniste, maintient le doigt dans la flexion ; dans ce cas, l'extension du doigt pourra être produite, et la cicatrice qu'on pourra observer à la face dorsale du doigt indiquera assez la cause de l'infirmité; la paralysie du muscle extenseur, produite par la section des nerfs, ou toute autre cause morbifique, produira le même effet.

Une plaie qui divise, qui contond les muscles fléchisseurs des doigts, peut causer le raccourcissement des fibres musculaires; les muscles, perdant de leur longueur, déterminent un état exagéré de flexion : dans ce cas, l'extension sera possible, et si on peut la produire complètement, absence de cette corde étendue et résistante que nous regardons comme le signe le plus caractéristique.

Par suite de la déformation des surfaces articulaires des phalanges, les doigts peuvent rester dans un état permanent de flexion, l'extension devenir impossible; mais dans ce cas les articulations métacarpo-phalangiennes sont parfaitement libres; elles peuvent être facilement renversées en arrière, et dans ce mouvement aucune corde ne se fait remarquer.

Nous venons de passer en revue à peu près tous les cas de rétraction des doigts qui pourraient se confondre avec la rétraction résultat du retrait de l'aponévrose palmaire; il nous semble facile, avec de l'attention, d'éviter l'erreur.

Anatomie pathologique.

La peau qui forme les plis que nous avons dits représenter des quarts de cercle autour de l'articulation métacarpo-phalangienne n'offre pas d'épaississement; elle peut être facilement déplissée; son épaisseur est tout à fait naturelle. L'aponévrose palmaire ne présente pas de lésion anatomique; seulement elle est tendue, rétractée, diminuée de longueur; on peut distinguer facilement ses prolongemens vers les doigts, prolongemens qui sont tendus et qui tiennent les doigts dans la position fléchie; en effet, si l'on fait effort pour étendre les doigts, la corde se tend davantage. Si on coupe le tendon, le doigt ne change pas de position. Les prolongemens de l'aponévrose coupés, le doigt peut être étendu sans effort, autant que dans l'état naturel. Le tendon ne présente aucune espèce d'altération, la gaîne qui l'embrasse est parfaitement saine.

Prognostic.

Cette maladie n'est que gênante ; elle parcourt toutes ses périodes sans douleur, et ne peut être guérie que par une opération chirurgicale. Peut-être, dans le début de la maladie, si on établissait une extension permanente des doigts, si on appliquait des émolliens sur la face palmaire de la main, si on écartait les causes efficientes, pourrait-on arrêter la rétraction, et même la faire cesser; mais comme cette maladie ne se développe que chez des malheureux auxquels il n'est permis d'être malades que lorsqu'ils sont dans l'impossibilité de travailler, c'est alors qu'ils demandent les secours de l'art. L'opération, dans ce cas, est le seul moyen qui offre des chances de guérison.

Méthode curative. — Opération.

On a successivement tenté plusieurs moyens pour remédier à la rétraction des doigts ; on a conseillé d'appliquer des appareils qui fissent étendre les doigts ; on a joint à ces moyens les fomentations, les cataplasmes émolliens, calmans. Peut-être, dès le début, ces moyens pourraient-ils être de quelque utilité; mais je doute, pour le plus grand nombre des cas, de leur efficacité. La section du tendon a été conseillée, mais les succès n'ont pas couronné l'opération; ce moyen doit être rejeté comme nuisible, et ne pourrait être suivi que de douleurs et d'accidens, sans guérison. M. *Dupuytren*, avant de connaître la véritable cause de cette maladie, a tenté, chez le même individu, tous les moyens conseillés alors dans ce cas. Les fumigations émollientes, calmantes, les cataplasmes émolliens, les sangsues, les pommades résolutives, mercurielles, les douches d'eau simple, d'eau sulfureuse, d'eau alcaline, savonneuse ; tous ces moyens sont restés sans succès. L'anatomie pathologique est venue éclairer le diagnostic; la cause connue, un moyen, qui me semble le seul rationnel, a été proposé par le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu, et le voici.

La main du malade solidement fixée sur une table ou tout autre corps dur, une incision transversale est pratiquée au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt rétracté; la peau doit être coupée d'un premier coup de bistouri; cette première section faite, on peut facilement toucher, voir les prolongemens tendus, résistans de l'aponévrose palmaire. Une seconde incision opère la section des prolongemens de l'aponévrose : le doigt revient de suite presqu'à son extension complète; mais quelquefois une seconde incision est nécessaire, au niveau de l'articulation de la première phalange avec la seconde, et de la même manière que précédemment. Dans ces sections, on peut facilement éviter la lésion des vaisseaux et des nerfs collatéraux; le doigt étant fléchi, le prolongement de l'aponévrose forme un point sous lequel sont cachés les vaisseaux et les nerfs.

L'opération terminée, les plaies doivent être pansées simplement avec de la charpie sèche, maintenue par une bande qui embrasse la main et l'avant-bras; une machine extensoire doit être appliquée pour maintenir les doigts dans l'extension; on peut dans ce cas employer une machine confectionnée par M. *Lacroix*, et consistant en un demi-cylindre de carton, terminé par quatre tiges métalliques, s'allongeant ou se raccourcissant à volonté, et surmontées d'espèces de dés, pour embrasser l'extrémité des doigts. On peut encore se servir d'une simple attelle appliquée sur toute l'étendue de la face postérieure de l'avant-bras, et terminée par quatre digitations. Cette attelle est fixée solidement à l'aide d'une bande; des anses de toile solide embrassent les doigts et l'attelle; ces anses sont peu serrées le premier jour, graduellement et tous les deux jours on les serre davantage, et les doigts reviennent ainsi à leur position naturelle.

J'ai vu un cas de rétraction des doigts par suite de rétraction de l'aponévrose palmaire, traité par la méthode que je viens de décrire, qui montre, jusqu'à l'évidence, l'efficacité de ce moyen.

Ire. OBSERVATION.

Jean Demanteau, âgé de quarante-deux ans. Cet homme est cocher de fiacre depuis vingt ans; il a toujours joui d'une bonne santé; sa constitution est bonne, forte, il n'a jamais eu de rhumatisme malgré l'état qui le forçait d'être exposé aux intempéries de l'air; jamais, en un mot, il n'avait été malade, lorsqu'à la fin de l'hiver pénible de 1829, sans cause à lui connue, sans douleur, il s'aperçut que le doigt annulaire de sa main droite ne pouvait s'étendre avec sa facilité ordinaire. Il s'inquiéta fort peu de cet état, qui pour lui n'était pas une maladie, et continua à conduire ses chevaux comme d'habitude. Graduellement son doigt annulaire se rapprocha vers la paume de la main, et bientôt le petit doigt suivit l'annulaire; et, après deux mois environ, l'annulaire se trouvait fléchi au point de toucher presqu'à la face palmaire de la main. L'année suivante, la main gauche fut prise de la même maladie, les symptômes furent absolument les mêmes; elle commença par le même doigt; elle mit plus de temps seulement à se développer. Ses deux mains se trouvant impotentes, cet homme entra à l'Hôtel-Dieu à la fin de novembre 1831. Voici l'état dans lequel étaient ses deux mains. La maladie était au même degré dans l'une et dans l'autre.

La première phalange du doigt annulaire est fléchie à angle droit sur le métacarpien correspondant; la seconde phalange est fléchie sur la première, et forme avec elle un angle à peu près droit; le petit doigt est moins fléchi que le doigt annulaire; la peau de la main recouvrant les articulations des os métacarpiens avec les doigts, forme trois replis en forme de quarts de cercle, dont la concavité regarde les doigts et embrasse les trois derniers doigts. Sur les côtés de l'articulation du doigt annulaire avec le quatrième os du métacarpe, on sent une corde résistante, qui se tend d'autant plus qu'on fait effort pour étendre le doigt; cette corde va se rendre dans la paume de la main. L'extension du doigt est impossible; la flexion du

doigt peut être augmentée. Les articulations ne semblent pas être malades.

L'opération fut pratiquée le 5 décembre 1831, de la manière suivante.

Le malade assis sur une chaise et la main fixée sur la table, M. *Dupuytren* fit une incision demi-circulaire, d'un pouce et demi environ d'étendue, à la base de l'annulaire de la main droite, et sur sa face palmaire; la peau fut coupée, puis d'une seconde incision les prolongemens de l'aponévrose palmaire furent coupés, ce qui fut annoncé par un craquement sensible à l'oreille de tous les assistans. Une autre incision fut faite à un pouce à peu près de la première et plus en dedans; la peau et les prolongemens de l'aponévrose furent coupés comme précédemment, et de suite on put étendre facilement les doigts. L'opération fut courte et peu douloureuse; il ne s'écoula pas de sang.

Les plaies furent pansées simplement avec de la charpie sèche, maintenue par une compresse et une bande. Le lendemain, l'appareil suivant fut appliqué pour maintenir les doigts dans l'extension, et pour empêcher la réunion des parties de l'aponévrose coupée : une attelle longue de huit pouces environ, terminée par quatre digitations, fut fixée à l'aide d'une bande à la partie postérieure de l'avant-bras; des anses de toile solide embrassèrent les doigts et les digitations de l'attelle; les quatre doigts furent serrés, l'annulaire pouvait être étendu presqu'en totalité. Le malade souffrit pendant la nuit qui suivit l'opération; des douleurs lancinantes l'empêchèrent de dormir. Le lendemain, les douleurs continuent; dans la nuit, mêmes souffrances. Le lendemain 7, on lève l'appareil; une légère inflammation entoure les lèvres des plaies; les doigts sont un peu gonflés; les anses de toile sont serrées un peu plus fortement que la veille. Le lendemain 8, les douleurs ont un peu diminué; le malade a pu dormir. Le 9, on serra encore les anses; les doigts sont toujours gonflés, les articulations sont un peu plus grosses que dans l'état naturel; les anses de fil furent serrées, et l'extension des doigts put être augmentée. Le 11, une légère

suppuration s'est établie; on peut serrer les anses sans douleur; le malade ne sent qu'un peu d'engourdissement dans la main; les douleurs ont disparu, et chaque jour, à partir de cette époque, les doigts se sont étendus, les plaies ont marché vers la cicatrice. Le 8 janvier, les plaies résultant de l'opération sont guéries, et les doigts, naguère rétractés, sont parfaitement droits et étendus comme les autres. Seulement les articulations sont légèrement gonflées, engourdies; la flexion est difficile; cet état tient sans doute à la position que les doigts ont long-temps gardée dans l'extension; l'exercice leur rendra leurs mouvemens naturels, et cette section de l'aponévrose ne pourra en rien nuire à la flexion des doigts.

J'ajouterai une autre observation, qui fut lue à la clinique de l'Hôtel-Dieu, au commencement de janvier 1832.

II^e^. OBSERVATION.

En 1811, M. L..., marchand de vin en gros, quai de la Tournelle, n° 25, ayant reçu un grand nombre de pièces de vin du midi, voulut aider ses ouvriers à les ranger dans son magasin, en les entassant les unes sur les autres, ce qu'on appelle, en terme de commerce, *gerber*. A l'instant où il essayait de soulever l'une de ces pièces, qui sont ordinairement fort volumineuses, en plaçant la main gauche au-dessous du rebord saillant formé par l'extrémité des douves, il ressentit au même moment un craquement et une légère douleur dans la partie interne de la main. Il conserva pendant long-temps de la sensibilité et de la raideur dans cet organe; mais peu à peu ces symptômes se dissipèrent, en sorte qu'il n'y fit que peu d'attention. L'accident était presque oublié, lorsqu'il s'aperçut que l'annulaire tendait à se rétracter et à s'incliner dans la paume de la main, sans pouvoir être relevé autant que les autres. La douleur n'existant point, il négligea cette légère difformité; peu à peu elle fit des progrès, chaque année l'inclinaison était plus marquée. Au commencement de 1831, l'annulaire

et le petit doigt étaient tout à fait fléchis et couchés sur la paume de la main ; la seconde phalange était pliée sur la première, et l'extrémité de la troisième appliquée sur le milieu du bord cubital de la surface palmaire. Le petit doigt très-fléchi était incliné d'une manière invariable dans la paume de la main. La peau de cette partie était plissée, entraînée vers la base des deux doigts rétractés.

M. L..., contrarié de voir ce vice de conformation s'accroître de jour en jour, et désirant vivement s'en débarrasser à quelque prix que ce fût, consulta plusieurs médecins. Tous pensèrent que la maladie avait son siége dans les tendons des fléchisseurs des doigts affectés, et qu'il n'y avait d'autre remède que la section des parties. Les uns voulaient couper les deux tendons à la fois, les autres isolément. Consulté à son tour, M. *Mailly* dit que la maladie était probablement causée par la rétraction des tendons fléchisseurs, mais il conseilla au malade de s'en remettre entièrement à l'expérience de M. *Dupuytren*. A peine ce professeur eut-il vu la main de M. L..., qu'il déclara que cette affection n'avait pas son siége dans les tendons, mais dans l'aponévrose palmaire seulement, et que quelques débridemens, pratiqués sur cette aponévrose, suffiraient pour rendre aux doigts toute la liberté de leurs mouvemens. L'opération fut convenue et arrêtée pour le 12 juin, et M. *Dupuytren*, aidé par MM. les docteurs *Mailly* et *Marc*, y procéda de la manière suivante :

La main du malade étant solidement fixée, il commença par faire une incision transversale de dix lignes d'étendue, vis-à-vis l'articulation métacarpo-phalangienne du doigt annulaire ; le bistouri divisa d'abord la peau, puis l'aponévrose palmaire, avec un craquement sensible à l'oreille. L'incision achevée, on vit le doigt annulaire se redresser, et il put être étendu presque aussi facilement que dans l'état naturel. Désirant éviter au malade la douleur d'une seconde incision, M. *Dupuytren* essaya de prolonger la section de l'aponévrose en passant transversalement le bistouri sous la peau du bord cubital de la main pour arriver à dégager le petit doigt. Mais ce fut en vain ; il ne

put que légèrement dilater l'incision de l'aponévrose : en conséquence, il se détermina à pratiquer de nouveau une incision transversale, vis-à-vis de l'articulation de la première et de la seconde phalange du petit doigt, et détacha ainsi son extrémité de la paume de la main ; mais le reste du doigt resta invariablement fixé vers cette partie. Alors une nouvelle incision divisa la peau et l'aponévrose, vis-à-vis l'articulation métacarpo-phalangienne correspondante ; elle procura un léger dégagement. Enfin une troisième et dernière incision fut pratiquée en travers, vis-à-vis le milieu de la première phalange elle-même, et aussitôt le petit doigt put être étendu avec la plus grande facilité : ce résultat annonçait hautement que la dernière incision avait intéressé le point d'insertion de la digitation aponévrotique. Un écoulement de sang peu considérable succéda aux incisions : on pansa avec de la charpie sèche ; puis on assujettit le petit doigt et l'annulaire dans l'extension, à l'aide d'une machine appropriée et fixée sur le dos de la main.

Le jour de l'opération et la nuit suivante, peu de douleur, seulement gêne légère causée par l'extension continuelle. Le lendemain matin, le dos de la main est le siége d'un empâtement peu étendu, résultat de la compression de la machine, qui avait été construite d'une manière assez grossière. Le 14 au matin, on substitue une machine confectionnée par M. *Lacroix*, et consistant en un demi-cylindre en carton, terminé par quatre digitations métalliques, s'allongeant ou se raccourcissant à volonté, et surmontées d'espèces de dés pour embrasser l'extrémité des doigts. Le malade d'abord semble éprouver du soulagement ; mais, le soir, l'irritation se réveille, la douleur redouble, et la main est envahie par un gonflement général. Alors, sans retirer la machine extensive, M. *Dupuytren* conseille d'arroser constamment la main d'une solution d'eau froide et d'extrait de saturne. Sous l'influence de ces ablutions fréquentes, la douleur et la tension diminuent, et l'état du malade devient plus supportable.

Le 15, on lève la charpie, et on trouve la suppuration à peine

établie; la main est encore engorgée, et une douleur tensive, mais tolérable, se fait ressentir dans toute l'étendue des doigts redressés. On maintient la tension au même degré, et on continue les fomentations saturnines.

Le 16, il n'y a plus qu'un léger gonflement de la main, une raideur dans les doigts; la suppuration est complètement établie. Le 17, les symptômes ont encore diminué d'intensité, et on sent augmenter la tension des doigts de quelques degrés, sans déterminer de douleur. Enfin les jours suivans, l'empâtement et la tension se dissipent, et les plaies marchent vers leur cicatrisation, mais d'une manière lente, à cause de l'écartement que produit entre leurs lèvres la position forcée dans laquelle la main est maintenue à dessein. Néanmoins, la cicatrice est complète dans toutes les plaies. Le 2 juillet, elle a suivi une progression en rapport avec le degré différent d'influence que l'extension exerçait sur chacune d'elles.

Ainsi l'on vit successivement se fermer, 1°. celle qui correspondait à l'articulation de la première et de la deuxième phalange du doigt annulaire; 2°. celle qui était vis-à-vis la partie moyenne de cette première phalange; 3°. celle qui était en rapport avec l'articulation métacarpo-phalangienne du petit doigt; 4°. enfin celle qui avait été pratiquée la première, et qui correspondait à l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire. Au reste, le malade a conservé l'usage de la machine extensive pendant plus d'un mois, afin de s'opposer au rapprochement et à l'affrontement des bords des sections aponévrotiques, et d'en obtenir la cicatrisation isolée. Lorsqu'on enlève la machine, on voit que le malade peut facilement fléchir les doigts, et qu'il n'en est empêché que par la raideur dans laquelle l'état d'extension continuelle tient les articulations.

Le 2 août, M. L..... ne porte plus de machine extensive que la nuit, et déjà ses articulations commencent à prendre un léger degré de souplesse, qui fait juger que l'usage des tendons fléchisseurs est resté intact.

Cette maladie, qui depuis si long-temps a été méconnue et regardée comme incurable, ne doit donc plus être considérée comme au-dessus des ressources de l'art; la cause étant connue, les moyens à employer pour y remédier sont simples et faciles; de plus, ils ne peuvent être suivis d'aucun danger grave. Deux exemples cités ne suffiront pas pour établir un principe général; mais je crois que bientôt d'autres exemples se présenteront et viendront confirmer ce que j'avance. M. *Jobert* vient de rencontrer un cas de cette nature à l'hôpital Saint-Louis; le malade a été opéré par lui, selon la méthode de M. *Dupuytren*, et l'extension du doigt, qui a suivi le débridement de l'aponévrose palmaire, fait croire que cette opération sera suivie de succès. J'aurais désiré joindre cette observation aux deux que j'ai citées; mais je n'ai pu assister à l'opération, et de simples détails m'ont été donnés sur ce fait; je n'ai pu me procurer l'observation complète.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 5, *aph.* 2.

II.

Morborum acutorum non omninò tutæ sunt prædictiones, neque mortis, neque sanitatis. *Sect.* 2, *aph.* 19.

III.

In acutis morbis, extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

IV.

A plagâ in caput, stupor aut delirium, malum. *Ibid.*, *aph.* 14.

V.

Lassitudines sponte obortæ morbos denuntiant. *Ibid.*, *aph.* 5.

VI.

Cùm morbus summæ est vehementiæ, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 1, *aph.* 6.